

A317 特定一般病棟入院料 居

1. 改定の概要

- (1) 特定一般病棟入院料1の基本点数は16点引き上げられ、入院料2は15点引き上げられた。
- (2) 特定一般病棟入院料において要件を満たせば算定できる入院基本料等加算について、次の改定が行われた。
 - ア A209特定感染症入院医療管理加算、A226-4小児緩和ケア診療加算、A243バイオ後発品使用体制加算、A246-3医療的ケア児（者）入院前支援加算、A253協力対象施設入所者入院加算が算定できる。
 - イ A220-2二類感染症患者療養環境特別加算が、A220-2特定感染症患者療養環境特別加算に名称変更されたが、引き続き算定できる。
- (3) 特定一般病棟入院料を届け出る地域である「医療資源の少ない地域」が変更された。
- (4) 注7に掲げる地域包括ケア入院医療管理の施設基準がA308-3地域包括ケア病棟入院料に準じて変更された。変更点の概要は、『点数表改定のポイント2024年6月』のA308-3地域包括ケア病棟入院料を参照されたい。
- (5) 注7に掲げる地域包括ケア入院医療管理の点数が40日以内と41日以上に区分された。40日以内の点数は若干引き上げられたが、41以上の点数は大幅に引き下げられた。
- (6) 注7に掲げる地域包括ケア入院医療管理に包括されない点数について、次の改定が行われた。
 - ア A220-2特定感染症患者療養環境特別加算、A246-3医療的ケア児（者）入院前支援加算、A253協力対象施設入所者入院加算が算定できることとなった。
 - イ A500看護職員処遇改善評価料は、O000その他の項目に移行したが、算定できる取り扱いに変更はない。その他の項目に新設されたベースアップ評価料も算定できる。
 - ウ 除外薬剤・注射薬の対象である「血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体」が、「血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る）」に拡大された。

2. 改定点数

特定一般病棟入院料（1日につき）

1 特定一般病棟入院料1	1,152点	→	1,168点（+16点）
2 特定一般病棟入院料2	987点	→	1,002点（+15点）

（注の変更）

注6 当該病棟においては、総合入院体制加算、急性期充実体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、HIV感染者療養環境特別加算、 <u>二類感染症患者療養環境特別加算</u> 、重症者等療養	→	注6 当該病棟においては、総合入院体制加算、急性期充実体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、 <u>特定感染症入院医療管理加算</u> 、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、HIV感染者療養環境特別加算、 <u>特定感染症患者</u>
---	---	--

環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る）、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、算定要件を満たす場合に算定できる。

(地域包括ケア入院医療管理)

注7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たもの入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,432点、2,243点、1,983点又は1,773点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、A100一般病棟入院基本料の特別入院基本料の例により算定する。

注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（A308-3地域包括ケア病棟入院料の注3か

療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る）、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、後発医薬品使用体制加算、バイオ後続品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算について、算定要件を満たす場合に算定できる。

→ 注7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たもの入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、40日以内の期間においては、それぞれ2,459点、2,270点、2,007点又は1,796点を、41日以上期間においては、それぞれ2,330点、2,151点、1,902点又は1,702点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、A100一般病棟入院基本料の特別入院基本料の例により算定する。

→ 注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（A308-3地域包括ケア病棟入院料の注3か

ら注5まで及び注7に規定する加算、臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、看護職員処遇改善評価料、在宅医療、H004摂食機能療法、J038人工腎臓、J042腹膜灌流及びJ400特定保険医療材料（J038人工腎臓又はJ042腹膜灌流に係るものに限る）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、当該所定点数に含まれるものとする。

ら注6まで及び注8に規定する加算、臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、在宅医療、H004摂食機能療法、J038人工腎臓、J042腹膜灌流及びJ400特定保険医療材料（J038人工腎臓又はJ042腹膜灌流に係るものに限る）及びその他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、当該所定点数に含まれるものとする。

3. 留意事項

(1)～(4) (略)

(5) 「注7」に規定する点数については、地域包括ケア入院医療管理を行うものとして地方厚生（支）局長に届け出た病室において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等の地域包括ケアシステムを支える医療を提供した場合に、40日以内の期間においては、それぞれ2,459点（地域包括ケア1、40日以内）、2,270点（地域包括ケア2、40日以内）、2,007点（地域包括ケア3、40日以内）又は1,796点（地域包括ケア4、40日以内）を、41日以上期間においては、それぞれ2,330点（地域包括ケア1、41日以降）、2,151点（地域包括ケア2、41日以降）、1,902点（地域包括ケア3、41日以降）又は1,702点（地域包括ケア4、41日以降）~~特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）として2,432点、特定一般病棟入院料（地域包括ケア2）として2,243点、特定一般病棟入院料（地域包括ケア3）として1,983点又は特定一般病棟入院料（地域包括ケア4）として1,773点を算定する。~~

4. 施設基準

【告示】 十九 特定一般病棟入院料の施設基準等

(1) (略)

(2) 特定一般病棟入院料1の施設基準

イ～ヘ (略)

ト ヘの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載している。

~~チ~~ (略)

(3) 特定一般病棟入院料2の施設基準

イ～ハ (略)

二 (2)のイ、二、及びヘ及びトを満たすものである。

(4) (略)

(5) 特定一般病棟入院料の注7に規定する施設基準（編注：地域包括ケア）

イ（略）

ロ 次のいずれかに該当する。

① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割~~2分~~以上入院させる病室である。

②～④（略）

⑤ 次のいずれか2つ以上を満たしている。

1（略）

2 退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のロ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のロを前3月間において150回~~60回~~以上算定している保険医療機関である。

3 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費、及び精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイを前3月間において800回~~300回~~以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されている。

4（略）

5 介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、~~同条第4項に規定する訪問看護~~、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、~~同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護~~又は同条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されている。

6（略）

~~⑥ 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めている。~~

⑥~~⑦~~（略）

ハ～リ（略）

(6)（略）

【通知】 第20 特定一般病棟入院料

1 特定一般病棟入院料の施設基準

(1)（略）

(2)～(3)（略）

(4)一般病棟看護必要度評価加算の施設基準

注5に掲げる一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟は、当該加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近3月について入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票のⅠ又はⅡを用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っている。ただし、産科患者、及び15歳未満の小児患者、~~短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第2の23に該当する患者（基本診療料の施設基準等第10の3に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限り）及び基本診療料の施設基準等の別表第2の24に該当する患者は対象から除外する。~~また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に内科の診療も行う期間については除く）は、対象から除外する。なお、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入（別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目

に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く)は、院内研修を受けたものが行うものである。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届け出る必要がある。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出る。

(5) 特定一般病棟入院料(地域包括ケア1)の施設基準

ア～ク (略)

ケ 当該入院料を算定するものとして届け出ている病室に、直近3月において入院している全ての患者の状態について、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目(A項目)及び手術等の医学的状況の項目(C項目)を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者(別添6の別紙7による評価の結果、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者又はC項目の得点が1点以上の患者をいう)の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで1割~~2~~分以上又は重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.8割以上である。ただし、産科患者、及び15歳未満の小児患者、~~短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の23に該当する患者(基本診療料の施設基準等第十の3に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る)及び基本診療料の施設基準等の別表第二の24に該当する患者は対象から除外する。~~また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く)は、対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入(別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く)は、院内研修を受けたものが行う。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届け出る。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出る。令和6年~~4~~年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和6年~~4~~年9月30日までの間、令和6年~~4~~年度改定後の当該入院料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

コ (略)

サ 当該病室を退院した患者に占める在宅等に退院するものの割合が7割以上である。~~その場合における在宅等に退院するものとは、次の①及び②のいずれにも該当しない患者をいう。~~

① ~~他の保険医療機関(有床診療所入院基本料(別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当するものに限る)を算定する病床を除く)に転院した患者~~

② ~~介護老人保健施設に入所した患者シ当該病室から退院した患者数に占める~~

シ 当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次の①に掲げる数を②に掲げる数で除して算出する。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者(基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る)及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

① 直近6か月間において、当該病室から退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く)のうち、在宅等に退院するものの数 この場合において、在宅等に退院するものの数は、退院患者の数から、次に掲げる数

を合計した数を控除した数をいう。

(イ) 他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の(1)のイ)の(イ)に該当するものに限る）を算定する病床を除く）に転院した患者の数

(ロ) 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ii）若しくは介護保健施設サービス費（iv）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ii）若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ii）の届出を行っているものに限る）に入所した患者の数の5割の数

(ハ) 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ii）若しくは介護保健施設サービス費（iv）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ii）若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ii）の届出を行っていないものに限る）に入所した患者の数

(ニ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者の数

② 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く）

ス・セ（略）

ソ 自宅等から入室した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入室した患者を直近3か月に当該病棟に入室した患者の数で除して算出するものである。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。以下この項において同じ）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

タ（略）

チ 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしている。

① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上である。

② 当該保険医療機関において退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のロ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のロの算定回数が直近3か月間で150回60回以上である。

③ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費、又は精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイの算定回数が直近3か月間で800回300回以上である。

④（略）

⑤ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第4項に規定する訪問看護、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、又は同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護又は同条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している。

⑥（略）

ツ 地域において、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」という）から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設等の協力医療機関として定められることが望ましい。

※ 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めている。

テ (略)

(6)～(8) (略)

5. 算定可能な薬剤・注射薬

【告示】

「基本診療料の施設基準等」別表第五の一の三 地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料の除外薬剤・注射薬

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る）、疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る）、エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る）、HIP - PH 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る）、インターフェロン製剤（B 型肝炎又は C 型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る）、抗ウイルス剤（B 型肝炎又は C 型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は HIV 感染症の効能若しくは効果を有するものに限る）及び血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る）血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

6. 医療資源の少ない地域

医療資源を提供しているが、医療資源の少ない地域が変更された。

【医療を提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域)＜別表第六の二＞】

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鯨ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市、土小阿仁村
	県南	大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町

都道府県	二次医療圏	市 町 村
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曾	上松町、南木曾町、木祖村、王滝村、大桑村、木曾町
	大北	大町市、池田町、松川村、白馬村、小谷村
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖北	長浜市、米原市
	湖西	高島市
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	大田	大田市、川本町、美郷町、邑南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	土庄町、小豆島町
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、中種子町、南種子町、屋久島町
	奄美	奄美市、大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

【経過措置】2024（令和6）年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、2025（令和7）年5月31日までの間、なお効力を有するものとする。

7. 届出に関する事項

- (1) 特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の~~様式8~~、様式9及び様式57の2を用いる。この場合において、~~病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式8を省略することができる。~~
- (2)～(4) (略)
- (5) 一般病棟看護必要度評価加算の経過措置について、令和6年~~4年~~3月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあっては、令和6年~~4年~~9月30日までの間に限り、令和6年~~4年~~度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第2号~~令和2年3月5日保医初0305第2号~~）の別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
- (6) 令和6年3月31日時点で注7に係る届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までの間、1の(5)のケの規定に限り、なお従前の例による。

(7) 令和6年3月31日時点で現に注7に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、1の(5)のサ、シ並びにチの②、③及び⑤の規定に限り、なお従前の例による。